5e Année. N° 11. 1er Novembre 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Des hallucinations de l'ouïe et de la fausse audition, chez les musiciens et les chanteurs, due à l'autophonie, dans les maladies de l'oreille.

Par le Dr Samuel Sexton M. D., chirurgien auriste à l'hôpital des maladies des yeux et des oreilles, de New-York.

(Traduit de l'anglais, par J. Charazac.)

J'ai été souvent frappé de la gêne que ressentent les musiciens et les chanteurs, de certaines lésions de leur fonction auditive. Quelques-uns des troubles qu'ils éprouvent ont été décrits dans une note « sur la fausse audition et l'autophonie chez les chanteurs, les orateurs et les musiciens », note, lue devant l'Académie de Médecine de New-York, et publiée par le « Médical Record », 22 janvier 1881. Depuis lors, un journal de musique « The Keynote », dans son numéro de février 1884, rappelant la note ci-dessus en donna l'extrait suivant sous le titre : *Chant sans mesure.*

« La difficulté qu'éprouvent souvent les chanteurs à

» prendre la note, telle qu'elle est généralement acceptée, » a été expliquée de différentes façons et présente un » sujet digne d'intérêt pour tous ceux qu'elle concerne, » tant pour les musiciens de profession que pour les » praticiens. Les chanteurs à qui les médecins avaient » assuré, que la gêne qu'ils éprouvaient était due à une » affection intercurrente des cordes vocales, avaient » aussi remarqué fort souvent qu'ils n'éprouvaient au- » cune amélioration du traitement de leur gorge, alors » même que l'enrouement et la difficulté d'énonciation » qui en étaient la conséquence avaient été guéris. La » cause devait en être cherchée dans l'oreille et je n'en » veux pour preuve que ce fait, à savoir que le traitement » de ce dernier organe ramène souvent une audition » normale. On peut expliquer le *modus operandi* de cette » fausse audition de la façon suivante : certains troubles » de l'organe de l'ouïe permettent à une partie des ondes » sonores de s'introduire par ce que nous pourrions » appeler la porte de derrière de l'oreille, au lieu de » sortir simplement de la bouche pour résonner tout » autour et frapper le tympan d'une façon normale. En » d'autres termes, lorsque l'artiste commence à chanter, » la voix est portée par la colonne d'air, directement en » haut jusqu'à la voûte qui limite le sommet du pharynx. » De là, les vibrations qui la composent non-seulement » s'échappent au dehors par l'orifice buccal, mais encore, » abandonnent la colonne d'air, et dans leur ascension, » se propagent à travers les parties solides du crâne, » d'où elles atteignent l'orifice postérieur de l'oreille, à » l'état normal toujours fermé au son, mais qui dans ces » cas-là se trouve ouvert et donne à la voix un libre » passage. C'est la pénétration du son par cet orifice » postérieur, qui fait naître les troubles que nous étu- » dions, puisque le chanteur ne peut percevoir au même » moment les notes qui le frappent en face et font vibrer » son tympan. La durée d'une telle confusion et d'un » trouble si gênant pour une oreille juste, dépend des » causes qui produisent cette pénétration anormale du » son dans l'oreille. En pratique, le chanteur remarque » que la fausse audition se produit à un point donné de

» la gamme, probablement sous l'influence de l'intensité
» du son et que c'est lorsqu'il donne certaines notes, que
» la voix résonne faux dans une, ou dans les deux
» oreilles, si les deux sont malades. Il ne peut ni prendre
» une note avec confiance en lui-même, ni soutenir le
» ton à l'unisson de la voix ou des instruments. Ce
» trouble de l'audition présente, cette particularité
» singulière, qu'il n'est pas constant et peut survenir à la
» suite d'un léger rhume de cerveau. Il ne tarde pas
» toutefois à devenir permanent et à constituer un
» sérieux désordre, si on ne l'arrête promptement. Inutile
» d'ajouter que ce sont les musiciens et les acteurs qui
» présentent le plus souvent cette curieuse anomalie. »

De la description qui précède, il paraîtrait résulter que le son de la voix peut, sous l'influence de conditions favorables, passer aussi du larynx à l'oreille par la trompe d'Eustache ; c'est là un mode de transmission aérienne et lorsqu'il coïncide avec la transmission qui se fait à travers les parties solides, il en résulte une interférence, occasionnée par les différents tons entendus au même moment, qui amène une confusion de l'ouïe. L'autophonie peut d'ailleurs se produire à la suite d'une inflammation aiguë de l'oreille avec occlusion de la trompe d'Eustache, le conduit aérien ne servant pas alors au passage du son.

Au reste, les conséquences de la fausse audition peuvent être graves, et empêcher, ainsi qu'on l'a démontré, toute harmonie dans le chant, les phénomènes acoustiques accompagnant surtout une lésion confirmée des parties constituantes de l'oreille, sont d'autant plus à redouter que les organes de transmission sont toujours alors moins sensibles à l'influence des ondes sonores, et que les impressions harmonieuses n'agissent pas profondément sur le sens musical : chanter ou jouer d'un instrument de musique est alors non-seulement impossible, mais encore la simple perception de la musique produit des sensations désagréables. Il me semble que dans certains troubles produits par la maladie et nuisant à l'euphonie auditive, la *porte de derrière* de cet organe est largement ouverte à l'effrayant vacarme des sons discordants, et qu'en dehors du trouble qu'apporte l'autophonie

vocale, l'oreille perçoit encore les sons qui se propagent du fait des mouvements circulatoires très-actifs qui ont lieu sans interruption, bien qu'à l'état de santé ils ne soient pas perçus, dans les vaisseaux sanguins dont le trajet est situé près de l'oreille, dans deux d'entre eux, surtout la carotide et la temporale coulent avec rapidité de larges courants sanguins. Ils produisent dans les oreilles des bruits semblables à celui de l'eau qui court ou qui tombe, des vagues de la mer, du vent qui souffle dans une forêt à travers les branches des arbres, ou au bruit de sifflet perçant que produit la vapeur qui s'échappe; et même le bruit léger que fait naître les petites artères, où le murmure qui se produit dans les grosses veines où la circulation se fait lentement, sont facilement perçus. Le bruit entendu, paraît parfois hors de proportion avec la cause qui le produit en particulier chez les sujets nerveux, les vibrations causées par un large courant sanguin ou par l'autophonie vocale paraissent souvent avoir l'éclat du tonnerre ou celui d'une décharge d'artillerie, les oreilles sont alors déchirées et fendues par l'éclatante résonnance du son. J'ai souvent rencontré des personnes qui me disaient que les sensations qu'elles éprouvaient pouvaient être comparées au bruit impétueux et assourdissant d'un railway, qui roulerait dans l'intérieur de leur tête. On ne peut mieux comprendre le désagréable effet de cette assourdissante et perçante répercussion des sons, que si l'on considère que dans l'autophonie, la tête peut-être comparée a un caveau remplie d'échos et dans laquelle se manifestent subitement et d'eux-mêmes, les bruits les plus violents, tels que le bruit d'une porte qui se ferme avec fracas, des bruits de craquement, de claquement, de coups de marteau, de verres qui se choquent, le grondement de la tempête, le roulement d'une voiture, le sifflement d'une locomotive. Tous les troubles acoustiques imaginables, paraissent en effet pouvoir se produire, chez les sujets atteints de cette affection. Il est en outre facile de comprendre que le choc des vibrations autophoniques, puisse donner naissance à des troubles cérébraux, bien qu'il n'arrive que rarement à rendre le sujet inconscient. Ces troubles peuvent mettre un temps considérable à se produire, un chant ou un

bruit léger pouvant avoir lieu sans causer une grande gène au malade : mais tôt ou tard il survient une aggravation. Les troubles auditifs augmentent tout d'abord sous l'influence d'une cause quelconque : d'un refroidissement suivi de catarrhe de l'oreille, ou d'un trouble intellectuel, excès de travail, chagrin ou toute autre cause de ce genre. Chez les femmes la période menstruelle est souvent le point du départ d'une attaque. Chose remarquable dans l'immense majorité des cas *l'audition est meilleure au milieu du bruit*, et les malades n'en éprouvent qu'un léger inconvénient.

Comme nons l'avons déjà fait remarquer, l'attaque survient d'ordinaire pendant le sommeil ou au repos; elle débute souvent par « un flot de sang à la tête, » du vertige et une grande excitation nerveuse. De si douloureuses et si inquiétantes épreuves, ont pour résultat de produire des hallucinations chez les personnes qui se sont adonnées pendant une grande partie de leur vie, à l'étude des lois de l'harmonie.

Pour bien faire comprendre la façon dont ces troubles se produisent dans ces cas-là, il me parait utile d'insister ici, et en peu de mots, sur un ou deux points concernant l'autophonie ou fausse audition. L'autophonie comprend naturellement, les *bourdonnements d'oreille*, bien que ces derniers paraissent être des manifestations de bruits factices et illusoires; si nous considérons, en effet, leur mode de production, nous voyons que ce sont des phénomènes très réels, puisque les vibrations ondulatoires qui leur donnent naissance sont toujours propagées par les agents physique. En d'autres termes, le son et les bruits dans les oreilles (et la tête) ne sont jamais perçus sans avoir été produits par un mouvement vibratoire, né de la parole, de la respiration ou de la circulation. Le malade qui éprouve de si étranges phénomènes, (percevant des bruits qui ne lui paraissent pas naturels) ne peut s'en débarrasser tant que la lésion de l'oreille empêche la transmission normale. Après cette courte digression, reprenons l'étude de la période d'hallucination ou d'exacerbation, à laquelle nous avons fait allusion précédemment et qui succède à la « *tempête* » nerveuse « *storm nervous.* »

Elle consiste en une période de repos relatif, l'auto-

phonie est moins marquée, et il existe des intervalles de temps plus ou moins longs, dans lesquels elle fait absolument défaut, et c'est alors que l'intelligence, bien que n'étant pas assez troublée par le bruit, pour arriver à une complète aliénation mentale, subit toutefois d'étranges désordres et c'est justement alors que le malade est fréquemment sujet à de véritables « absences d'esprit » et éprouve d'étranges hallucinations.

Dans ces conditions, les phénomènes acoustiques qu'éprouvent les musiciens, revêtent encore une forme harmonieuse ; c'est ainsi que le flot, quelque peu rhytmique, du sang qui circule dans les larges vaisseaux situés sur le côté de l'oreille, donne naissance à des hallucinations sonores semblables au murmure des vagues ou au souffle des zéphirs. Il est d'autres sons, qui ne ressemblent en rien à ceux que produisent le mouvement d'un liquide dans des vaisseaux clos, ou les vibrations de l'air, mais qui présentent un timbre métallique semblable, par exemple, aux dernières vibrations sonores que produit le battant d'une grosse cloche. Ils entendent aussi d'autres sons, très intenses, très aigus, et pouvant être comparés au chant du grillon. Et il ne faut pas un grand effort d'imagination, même chez les personnes qui n'éprouvent pas de très forts bourdonnements, pour qu'elles croient entendre des bruits musicaux.

Chez quelques individus impressionnables, le plus simple incident, tel que le chant d'un oiseau, ou la vue d'une église dans laquelle se trouve un orgue, suffit à faire naître des bruits harmonieux, et chez eux le simple souvenir, peut éveiller un air connu.

Une fois la première note donnée, leur imagination suffit à les bercer des plus décevantes hallucinations. Les autres observateurs, aussi bien que moi, ont remarqué que l'autophonie pouvait se produire chez des gens grossiers et sans éducation, mais que les phénomènes acoustiques étaient alors tout différents de ce qu'ils sont chez les musiciens et chez les gens ayant reçus une éducation élevée. Chez les premiers, en effet, l'autophonie a souvent pour effet de produire de hideuses et sataniques hallucinations.

Nous allons maintenant citer quelques cas d'halluci-

nations de l'ouïe produits sous l'influence de phénomènes acoustiques semblables à ceux dont nous venons de parler.

Observation I.

En 1877, un de mes amis, âgé de soixante-sept ans, aimant la musique avec passion, et jouant lui-même de la flûte avec un incontestable talent, devint sujet à des troubles auditifs, à la suite de fréquentes attaques de violent mal de tête, accompagnées de surdité très prononcée, mais passagère, qu'il attribuait en grande partie à son séjour, pendant la plus grande partie de son temps, dans l'atmosphère chaude de ses appartements. Ses affaires, à cette époque, lui causaient beaucoup de travail et de tracas. Après avoir éprouvé pendant six ans environ un bourdonnement fort ennuyeux — les bruits ressemblaient au son de l'eau qui tombe — il sentit la surdité de l'oreille gauche augmenter beaucoup, et deux mois après il vint me consulter se plaignant surtout de vertige et d'incertitude de la marche. Les vertiges étaient alors très accentués, à ce point qu'en une circonstance il était tombé sur le côté, et qu'une autre fois l'attaque avait été assez grave, pour qu'il dût requérir l'aide d'un de ses amis qui passait, lequel, hèla une voiture et le reconduisit jusqu'à sa demeure. A cette époque, son agitation s'accentua et il éprouva diverses hallucinations : sa tête, par exemple, lui semblait pleine des bruits de la rue, et il lui suffisait de voir une église pour entendre le son de l'orgue dans l'oreille (gauche) malade. Très souvent, lorsqu'il passait dans la rue, et même chez lui, il croyait entendre certaines notes de l'orgue. Au reste, aucun autre instrument ne paraissait agir avec autant de force sur son imagination, ni troubler si facilement son oreille; de plus, la musique de l'orgue était parfois composée de faux accords, dont la perception incomplète et discordante, l'impressionnait très désagréablement. Ce qui le gênait le plus, toutefois, c'était d'entendre dans son oreille le chant du *canari*, bruit qui n'existait réellement pas, bien qu'il eût juré entendre ces oiseaux chanter derrière lui.

Nous ferons remarquer à ce sujet que le chant du canari n'aurait pas dû produire en lui de sensation désagréable, la qualité distinctive du chant de cet animal ne consiste pas, en

effet, en un flot continu de mélodie, mais est composé d'une série de trilles harmonieux, semblables à ceux qu'on pourrait exécuter avec un instrument d'un diapason élevé, tel que le hautbois. Les illusions musicales qu'il éprouvait, n'étaient pas toutes désagréables, mais l'autophonie, les hallucinations, jointes aux difficultès financières qu'il éprouvait en ce moment, agissaient sur son système nerveux et lui rendaient la vie tout à fait insupportable. Il se rendit uu jour à un concert dans le but de se distraire et de trouver un agréable passe-temps. Mais la musique lui parut discordante et il en fut bien plus troublé que charmé; bref, elle fut pour lui si pénible, qu'il dût sortir de la salle.

Depuis lors et sous l'influence du traitement, l'état de ce malade s'est beaucoup amélioré. Les bourdonnements ont toutefois persisté, ainsi qu'un certain degré de surdité, sensible surtout pendant la conversation; mais les hallucinations n'ont pas reparu, et il écoute maintenant la musique avec plaisir.

Observation II

Le sujet de cette observation est une dame, âgée de cinquante ans, qui vint me trouver en 1877. Elle se plaignait de surdité accompagnée de bourdonnements, qui duraient depuis plusieurs années, et qui avaient éte suivis d'attaques, semblables à celles que nous venons de rapporter dans le cas précédent, et accompagnées de rougeurs de laface et de la tête, de vertiges, et d'un état nerveux très accentué.

Les bourdonnements qu'elle éprouvait étaient fort pénibles; ce sont des bruits effrayants, disait-elle elle-même, et semblables parfois au fracas d'un train chargé de marchandises, et d'autres fois au bruit que feraient des tonneaux roulant sur le parquet. Elle entendait aussi quelquefois le bruit de l'eau qui tombe ou le sifflement de la vapeur qui s'échappe de la chaudière d'un steamer, et d'autres bruits tout aussi désagréables. Enfin, après plusieurs attaques successives, elle éprouva pendant quelque temps un calme relatif, bientôt suivi d'hallucinations auditives, pendant lesquelles elle croyait entendre chanter des chœurs d'église, dans l'oreille gauche (c'était l'oreille malade). Ces hallucinations, elle les éprouvait lorsqu'elle était retirée dans ses appartements ou pendant le repos de la nuit.

Chose singulière, dans le cas qui nous occupe, lorsque la malade était dans la rue ou voyageait en chemin de fer, ou bien lorsqu'elle se trouvait au milieu d'un grand bruit, non-seulement elle entendait beaucoup mieux, mais les pénibles phénomènes acoustiques que nous venons de décrire, disparaissaient tout-à-fait.

Observation III

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un Allemand âgé de soixante-douze ans, qui avait été un musicien remarquable. Arrivé au déclin de la vie, il éprouva des hallucinations d'une intensité remarquable. Je le vis pour la première fois en février 1884, et il me raconta l'histoire suivante : Sa santé générale a toujours été bonne, mais il a souffert d'un catarrhe nasal, qui pendant les périodes d'exacerbation, amenait une dureté de l'ouïe pour les sons ordinaires et de l'autophonie, à tel point qu'il lui était impossible de distinguer les notes du piano. Pendant les cinq dernières années, il a éprouvé très-fréquemment de violentes douleurs dans les deux oreilles. La surdité a considérablement augmenté dans la dernière année, et pour ce motif le malade a dû renoncer à la musique.

Depuis cette époque, il lui est impossible de distinguer exactement le ton d'une note « à savoir si elle est élevée ou grave ». A l'examen, le tympan présente les traces d'un catarrhe de l'oreille très ancien. L'autophonie est très marquée, les bourdonnements constants, et en élevant la voix très-haut, on ne peut se faire entendre à plus de dix pas de distance, pour les deux oreilles. Je remarque qu'il peut distinguer sur le piano, une note juste d'une note fausse, pourvu qu'elle soit émise avec assez d'intensité pour être entendue distinctement. Mais il se trompe lorsqu'il cherche à trouver la différence qui existe entre un accord tout à fait juste et un autre rendu faux par l'adjonction d'une ou plusieurs notes discordantes. Pour ce qui est des hallucinations, le patient en a éprouvé pendant les quatre dernières années, mais c'est surtout dans la dernière qu'il a ressenti des hallucinations musicales particulièrement marquées. Il a remarqué qu'après avoir composé un morceau, s'il commence à l'exécuter sur le piano, pour cesser après les deux ou trois premiè-

res mesures, le reste du morceau est immédiatement complété avec un accompagnement d'orchestre, qui lui paraît être très juste.

Lorsqu'il est seul dans sa chambre, il lui semble entendre des airs d'orchestre, qui lui sont familiers, et si quelque partie est rendue d'une façon incorrecte, il se fait aussitôt à lui même cette remarque « ce passage est incorrectement joué », et aussitôt le morceau est répété, et cette fois d'une façon très juste. Il lui suffit de penser à un air, pour qu'il se produise dans son oreille, sous la forme d'une audition soit instrumentale, soit vocale. Il s'imagine parfois entendre sa fille, qui est morte depuis un an, chanter près de lui les airs qui lui étaient familiers. Les bruits de la rue, tels que le roulement d'un charriot, d'une diligence, d'une voiture, produisent chez lui les intonations et les notes d'un orchestre complet.

Il est des moments ou après avoir fait l'insufflation de valsalva, ou un mouvement de déglutition, les bruits de la rue, que nous avons ci-dessus mentionnés, s'arrêtent complètement. Le malade considère ces bourdonnements (etc) comme des bruits subjectifs et imaginaires, tandis qu'il croit fermement que les tons et les bruits musicaux sont produits par des visiteurs imaginaires, en d'autres termes qu'ils se produisent réellement (1).

CONCLUSIONS

L'autophonie peut survenir au cours d'une maladie aiguë ou chronique de l'oreille moyenne, et il est fréquent de la voir apparaître dans un catarrhe simple de l'oreille, consécutif ou indépendant du coryza, aussi bien que dans les maladies les plus graves de l'appareil auditif.

Quand elle se produit chez les chanteurs ou les musiciens, le chant ou l'exécution instrumentale sont impossibles.

Quand la partie de l'oreille qui donne naissance à ces symptômes est plus gravement affectée, les troubles intellectuels augmentent, et il peut survenir chez les personnes nerveuses des hallucinations de l'ouïe.

(1) Mes plus sincères remercîments à mon assistant le Dr W. Barlett, qui a mis complaisamment à ma disposition, ses notes sur ce cas intéressant.

Les personnes affectées de ces troubles, leur assignent très fréquemment pour origine, une lésion de l'organe vocal, mais le traitement basé sur cette opinion est impuissant, et elles ne peuvent espérer d'être guéries, que si elles portent leur attention sur l'organe de l'audition.

Des lésions de la gorge existent toutefois plus fréquemment chez les individus qui présentent en même temps des névroses de l'oreille.

Quand les attaques sont légères, le pronostic est favorable, les symptômes disparaissent sous l'influence d'un traitement approprié, mais dans des cas graves, le malade peut être débarassé des hallucinations et des troubles nerveux les plus accentués, mais l'autophonie, les bourdonnements et une surdité plus ou moins grande persistent, surtout chez les personnes avancées en âge.

Dans aucun des cas d'hallucination de l'oreille observés par l'auteur, il n'a été nécessaire d'enfermer le malade, mais lorsque les vertiges sont très-accentués, on doit exiger que le patient soit accompagné lorsqu'il est dans la rue, qu'il descend un escalier, etc. Dans le traitement des affections de ce genre on doit se préoccuper, de l'état de relâchement de la membrane du tympan.

Autophonie. — Il nous paraît utile, de bien définir le sens dans lequel nous avons employé ce terme dans ce travail. Pour nous, l'autophonie est le phénomène qui se produit, quand le sujet, lorsqu'il parle ou lorsqu'il chante, entend le son comme s'il venait de l'intérieur du crâne au lieu de sortir de la bouche et de frapper l'oreille comme cela a lieu normalement. La voix du malade peut toutefois être entendue par les autres. En dehors des bourdonnements, que nous considérons dans ce travail comme des symptômes de l'autophonie, il existe presque toujours une sensation indéfinissable d'engourdissement ou de silence dans la région de l'oreille, sensation qui fait que les malades n'ont plus une entière confiance en la certitude de leur audition.

S. Sexton

Quelques remarques sur les rhinolithes;

Par le Dr Schmiegelow, de Copenhague (1).

Messieurs,

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur une classe spéciale de corps étrangers qu'on rencontre dans les voies respiratoires et désignés sous le nom de *rhinolithes*. La raison qui me conduit à vous faire cette communication, est la rareté relativement grande de ces cas, qui causent souvent de grandes difficultés de diagnostic et qui sont également désagréables pour le médecin et le malade.

L'idée de cet écrit m'a été suggérée par un cas remarquablement curieux, que j'ai eu la chance de pouvoir observer et traiter au commencement de cette année, et dont, avec votre permission, je vais vous faire la relation succincte.

OBSERVATION

Le 25 janvier 1884, je fus consulté par un homme de 58 ans, qui depuis 16 ans souffrait d'un écoulement purulent et fétide de la narine gauche, compliqué d'une obstruction complète de cette moitié du nez. A part cela, il était très bien portant et ne se plaignait de rien. Le symptôme suivant lui causait seulement une grande surprise ainsi qu'à sa famille. Toute les fois qu'il s'échauffait, une sueur abondante et froide se manifestait sur toute la partie gauche de la tête. Ce phénomène dura 5 ou 6 ans, puis il a complètement disparu depuis 4 ans.

A l'examen, je trouvai la narine droite normale. La membrane intérieure du côté gauche était rouge, gonflée recouverte d'une sécrétion fétide et purulente. Environ à un pouce en arrière de la narine, la cavité du nez était remplie par un corps dur et sombre qui occupait entièrement le *méat inférieur* et même une partie du *méat moyen*. Sous la forme d'une fourchette, ce corps englobait le *cornet inférieur*; il

(1) Lues dans la Section de laryngologie au Congrès médical à Copenhague 1884.

était dur et fixe, résistant à tous les efforts de la sonde pour le déplacer. Au moyen de la rhinoscopie postérieure, les fosses nasales postérieures apparaissaient normales et libres; l'extrémité postérieure du corps étranger ne put être découverte. Sans hésiter un seul instant, j'étais convaincu d'avoir affaire à un rhinolithe, car un sequestre, la seule chose avec laquelle on eût pu le confondre, ne pouvait être supposé provenir du squelette de la face sans avoir causé une difformité plus ou moins grande, ce qui n'était pas le cas.

La pierre fut enlevée en deux séances. Au moyen d'un écraseur vigoureux, je me défis d'abord de la partie entrant dans le méat moyen, je réussis ainsi à rendre la pierre mobile et, dans la séance suivante, il me fut possible de faire la lithotripsie à l'aide d'un forceps puissant. Après quoi, les fragments furent enlevés avec la seringue. Une fois la pierre extraite, on pouvait remarquer qu'elle avait occupé une cavité, dont les parois étaient formées d'une masse gangréneuse appartenant en partie à la membrane muqueuse de la cloison et en partie à la membrane du *cornet inférieur* et du fond de la cavité nasale; on pouvait également sentir des parties dénudées en plusieurs points. Dans l'espace d'une semaine, cette masse pulpeuse disparut, les parties dénudées furent recouvertes, et on ne trouvait plus de points affectés dans la cavité nasale. Le malade fut déclaré guéri.

La pierre était uniformément composée de couches sans aucun noyau et ne contenait qu'une petite quantité de matières organiques, parmi lesquelles on ne trouvait aucune trace d'acide oxalique. Les matières inorganiques formaient la plus grande partie de la pierre, et elles consistaient principalement en phosphate de chaux, phosphate de magnésie, carbonate de chaux en petite proportion et quelques traces de chlorures.

Il existe, Messieurs, dans ce cas, un symptôme sur lequel je prendrai la liberté d'appeler votre attention. Le malade affirmait avoir ressenti, durant 5 ans, une transpiration abondante sortant de la partie gauche de la tête toute les fois qu'il s'échauffait. Ce phénomène avait complètement cessé depuis 4 ans. Il est certain que nous avons eu affaire ici à une névrose réflexe d'origine vasomotrice, due à l'irritation provoquée de certains

filets du trijumeau. Ce qu'il y a de particulièrement curieux dans cette circonstance, c'est que ce phénomène a cessé quatre ans avant l'extraction de la pierre. Je crois que ce phénomène s'explique par la croissance continuelle du rhinolite, qui finit par exercer une pression tellement forte sur la membrane muqueuse du nez, que celle-ci fut détruite avec les éléments nerveux. Arrivée à ce point, la névrose réflexe ne pouvait plus se produire. Vous vous souvenez, en effet, que la pierre se trouvait dans une cavité dont les parois étaient recouvertes d'une substance pulpeuse, d'aspect nécrotique, et que des parties dénudées et osseuses furent trouvées, et sur le cornet inférieur et sur le fond de la cavité nasale.

Les rhinolites sont très rares, et je suis convaincu que beaucoup des médecins ici présents, n'auront jamais la chance d'en rencontrer dans leur pratique. Il y a, seulement très peu de cas mentionnés dans les annales médicales, bien que celles-ci remontent, à l'égard des rhinolites, à plus de trois cents ans. Le premier qui en fasse mention, est Mathias de Gardi, en l'an 1502; plus d'un siècle après, mon compatriote, Thomas Bartholin en cite deux cas très intéressants. En 1859, Demarquay ne peut en trouver que 15 cas dans les écrits médicaux; plus tard la rhinoscopie fit de grands progrès, et le nombre des rhinoscopistes spécialistes a considérablement augmenté; pourtant on ne trouve que très rarement des relations de rhinolites, Stoerk, malgré sa grande expérience, n'a constaté qu'un seul cas et, sauf le mien, on n'a mentionné, en Danemark, que les deux de Thomas Bartholin. Ce qui donne un si grand intérêt aux rhinolithes, c'est, après leur grande rareté, la difficulté de leur diagnostic; on croit avoir affaire à tout autre chose qu'à un rhinolithe, et il y a beaucoup de cas traités pendant des années comme des nécroses du squelette du nez ou comme des tumeurs malignes de la cavité nasale, jusqu'au jour où l'on découvre, par hasard, la nature réelle de l'affection. Comme exemple récent de ces méprises, je puis citer le cas mentionné par Jacquemart dans les *Annales des maladies de l'oreille* (Mars 1884).

« Un homme, âgé de 41 ans, avait un rhinolithe que plus de dix médecins différents avaient confondu avec

une tumeur maligne. Jacquemart, lui-même, fut longtemps de la même opinion, jusqu'à ce qu'il se décidât, enfin, à enlever la tumeur supposée à l'aide d'un serre-nœud galvano-caustique. Dans ses tentatives, pour placer le nœud, il lui arriva de détacher un fragment de la pierre, et ainsi fut fait le diagnostic.

Le diagnostic établi, le traitement était indiqué en même temps : extraction totale précédée ou non d'une lithotripsie. Cette dernière sera ordinairement possible, les rhinolithes étant généralement assez frêles. Si la pierre est trop grosse pour être enlevée d'un seul coup ou trop dure pour permettre la lithotripsie, on est alors obligé de détacher le nez de son insertion pour se faire un peu plus de place.

Je terminerai cette communication par la conclusion suivante :

Si l'on a à faire à une personne forte et bien portante qui, durant des années, a souffert de l'obstruction d'une des narines, avec écoulement purulent et fétide, et qu'on trouve un corps étranger dur obstruant la cavité nasale, il faut toujours penser à un rhinolithe, pourvu qu'il n'y ait aucune difformité dans le squelette de la face, ce qui indiquerait plutôt un sequestre.

COMPTE-RENDU

DU

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Tenu à Bâle du 1er au 4 septembre 1884.

La ville de Bâle a reçu les otologistes de la façon la plus cordiale et M. Schenk, au nom du Conseil fédéral, M. J. Burchart, au nom de la ville de Bâle, ont souhaité la bienvenue aux membres du Congrès. M. le professeur Sapolini, qui avait présidé le deuxième Congrès international, ouvre la session; on procède ensuite à l'intallation du bureau et M. le professeur Burchardt-Mérian est nommé président.

Il salue les étrangers réunis dans la salle de l'Université et évoque le souvenir des médecins célèbres qui ont professé dans cette enceinte, celui de Vésale en particulier.

Les otologistes Suisses offrent un banquet aux membres du Congrès, au nombre de 95. On boit à l'union des peuples pour la science et ensuite commence la série des communications :

De la cause et du diagnostic des troubles de l'audition dans le cas de tumeurs cérébrales.

M. Moos (de Heidelberg). — Dans certaines affections cérébrales, on cite de nombreux cas de lésions oculaires, mais le plus souvent on passe sous silence les lésions analogues, pouvant se produire du côté de l'oreille. Ainsi, dans les tumeurs cérébrales, on observe jusqu'à 95 0/0 de neuro-rétinites. En est-il de même du côté de l'oreille?

A ce propos, nous devons rechercher :

1° Quelles sont les relations entre la pression intra-crânienne et la pression intra-auriculaire?

2° Quels sont les changements qui peuvent se produire dans l'audition que nous devons attendre?

3° Quelles sont les données anatomo-pathologiques relatives à ce sujet :

1° Schwalbe, Key et Retzius ont trouvé une communication entre les lymphatiques de la muqueuse du nez et ceux de l'encéphale. Weber-Liel a trouvé une communication entre les lymphatiques de l'oreille et ceux de l'encéphale. Hasse se prononce dans le même sens. Malgré ces communications lymphatiques entre l'oreille et l'encéphale, l'œil est beaucoup plus souvent atteint que l'oreille ;

2° L'augmentation de pression dans le labyrinthe paraît avoir des effets variés. Tantôt elle diminue l'*ouïe pour les tons élevés*, comme dans un cas que Moos a observé avec Erb et Becker, avec Steinbrügge, où il y avait tumeur cérébrale et *papille étranglée*. Il y eut *surdité bilatérale* dans un cas de tumeur cérébrale originaire du nez. Dans un autre, observé par Leber, il y eut papillite et surdité ; la papille revint à l'état normal, mais la surdité persista. D'après Leber, dans les tumeurs cérébrales, il y aurait seulement 25 0/0 affections auriculaires, tandis qu'il y a 95 0/0 affections oculaires.

La cause serait une névrite descendante, d'après Huguenin, et alors la surdité persisterait, ou bien ce serait un

œdème du nerf comme dans la papille étranglée *(Stauungspapille)*, et alors l'ouïe pourrait se rétablir. Ce sont les mêmes hypothèses que pour la pathogénie de l'affection névro-rétinienne. Mais il est impossible de se décider pour l'une ou pour l'autre, les difficultés étant encore plus grandes pour l'oreille que pour l'œil. De toute manière, l'augmentation de la pression intra-crânienne paraît insuffisante pour expliquer l'état de l'ouïe.

M. Albrecht fait observer qu'il n'y a pas d'analogie à établir entre l'œil et l'oreille.

M. Moos a cité des faits où l'ouïe a été impressionnée ; il tient à se maintenir sur le terrain des faits.

Diagnostic entre les affections de l'oreille moyenne et de l'oreille interne.

M. Roosa, de New-York, propose, dans les cas douteux, de recourir à une méthode subjective d'examen. La trompe et le tympan ne présentant pas, dans ce cas, des symptômes suffisants.

Voici les quatre signes proposés :

1° Toutes les fois que le diapason placé sur le vertex est mieux entendu par l'oreille affectée, c'est une affection de l'oreille moyenne. Dans la surdité des chaudronniers, Roosa estime qu'il y a affection de l'oreille interne. S'il y a une affection externe concomitante, après la guérison de celle-ci il reste une diminution importante de l'ouïe;

2° Quand la paracousie de Willis existe, c'est toujours une affection de l'oreille moyenne;

3° Une affection nerveuse de l'oreille accompagne les désordres centraux;

4° Les bruits extérieurs sont désagréables dans les affections labyrinthiques; ils sont agréables dans les affections de l'oreille moyenne.

La combinaison de ces différents signes fournit à M. Roosa des bases sérieuses pour le diagnostic.

M. Moos. — Lorsque les malades sont péniblement affectés par les bruits extérieurs, si on les place dans le silence ils semblent se trouver améliorés, mais l'affection reprend dans la vie ordinaire, et cela jusqu'à l'atrophie définitive.

M. Lutcésius est de l'avis de M. Roosa pour l'affection des chaudronniers. Le nerf est affaibli par la surexcitation continuelle du nerf sous l'influence des coups de marteau. C'est une affection que l'on pourrait comparer à l'éblouissement de l'œil par la lumière excessive.

M. Boucheron (de Paris).— L'affection des chaudronniers, fréquente en Amérique, peut être rapprochée de l'affection observée en Europe à l'occasion d'une détonation (coup de fusil par exemple). L'interprétation qui paraît le mieux rendre compte de la surdité observée est la suivante : Si le sujet est atteint momentanément d'une obstruction relative de la trompe d'Eustache, s'il a déjà un certain degré de vide aérien dans la caisse tympanique, et par conséquent un certain degré d'augmentation de pression dans l'oreille interne, au moment de la détonation la pression de l'onde aérienne exagère la pression labyrinthique et la pression sur le nerf acoustique. Une surdité par compression se trouve produite et peut augmenter à chaque nouvelle détonation. Ainsi se trouve constituée une affection labyrinthique qui emprunte un élément pathogénique à l'oreille moyenne.

Il en est de même pour les chaudronniers.

M. Menière. — Sur 150 ouvriers chaudronniers observés par lui, 31 étaient atteints de surdité ayant les caractères d'une affection labyrinthique.

M. Lœwenberg (de Paris) admet que dans la surdité consécutive à une détonation, la lésion se produit dans des oreilles saines.

Sur une cause d'hypéracousie et de dysécie temporaire et permanente.

M. Sapolini (de Milan) cite le cas d'une dame atteinte d'une surdité progressive, consécutive à l'emploi d'un cosmétique au nitrate d'argent. La cessation du cosmétique permit à l'ouïe de s'améliorer. Il a, depuis, observé 13 cas analogues, 7 femmes et 6 hommes. Toujours la surdité cessa à la suite de l'abandon de la teinture.

Tumeur épithéliale de la partie moyenne du conduit auditif interne.

M. Menière rapporte l'observation d'un homme de 42 ans

ayant une otorrhée à droite. Il constate dans le méat une tumeur qu'il enlève avec le serre-nœud. L'examen histologique démontre que l'on a affaire à une tumeur épithéliale de forme grave. M. Menière, alors, pratique à plusieurs reprises diverses extractions avec grattage et des cautérisations au chlorure de zinc, à l'acide phénique et au perchlorure de fer pur. La guérison arriva, mais l'audition était très diminuée. On constatait, neuf mois après, une exostose considérable du conduit.

M. Lœwenberg (de Paris). — Dans ce cas, la galvanocaustie me semblerait offrir des avantages réels.

(*A suivre*).

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MM. Miot et Baratoux (1).

L'otologie a fait dans ces dernières années de rapides progrès; et cependant il n'existait encore en France aucun traité réellement didactique et tout à fait au courant des progrès de la science moderne. La plupart étaient insuffisants pour les médecins voulant se livrer d'une façon particulière à l'étude de cette branche spéciale des sciences médicales. Une lacune était donc à combler, et nul ne pouvait le faire avec plus d'autorité, de science et de talent que MM. Miot et Baratoux, les deux actifs collaborateurs de la *Revue de Laryngologie et d'Otologie*. Leur éloge, du reste, n'est pas à faire ici, leurs nombreuses et intéressantes publications dans ce journal ont permis au lecteur de les apprécier mieux que nous ne pourrions le faire nous-mêmes.

La première et la seconde partie de cet ouvrage, les seules parues jusqu'à ce jour, comprennent l'anatomie et la physiologie de l'oreille et de la cavité naso-pharyngienne, l'otoscopie et la rhinoscopie. Décrivant les différentes parties de externe, moyenne et interne, les auteurs ne se sont pas contentés de donner au point de vue de l'anatomie et de la physiologie les résultats des travaux des devanciers mais ils les ont

(1) A. de Lahaye et Lecrosnier, libraires-éditeurs, Paris, 1884.

contrôlé par leurs propres études et sont parfois arrivés à des résultats différents. C'est ainsi qu'à propos du muscle de l'étrier, les auteurs ont pu conclure de leurs expériences personnelles que ce muscle est un antagoniste puissant du muscle interne du marteau et un relâcheur faible de la membrane du tympan. Le péristaphylin interne agit par une partie de ses fibres sur la paroi fibreuses des trompes qu'il tend et écarte de la paroi cartilagineuse, le pharyngo-staphylin attire en bas et en arrière le cartilage de la trompe ; tandis que les pérystaphilins externes s'opposent à une trop grande béance de la trompe et à un appel d'air trop considérable dans la caisse.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'otoscopie et à la rhinocospie.

Les auteurs passent successivement en revue les diverses méthodes d'examen et de traitement. Ils étudient les différentes sortes de spéculum, l'éclairage de l'oreille, les différents moyens de faire pénétrer l'air et les vapeurs dans l'oreille moyenne et enfin les méthodes d'exploration de l'oreille interne. Passant ensuite à la rhinoscopie, ils étudient les différents instruments nécessaires, soit à l'examen des fosses nasales, soit au traitement des maladies du nez.

Tels sont, en résumé, les principaux sujets traités dans cet ouvrage dont nous regrettons de ne pouvoir donner une plus complète analyse. Nous renvoyons au reste le lecteur à l'ouvrage lui-même, certain que tous les praticiens trouveront dans cette lecture à la fois plaisir et profit. J. C.

Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise, par M. le Dr J. Bruncher (Thèse de Nancy, 1883.)

M. le Dr Bruncher se propose, dans ce travail, de réunir les données éparses sur les lésions auditives dans la syphilis et d'établir, autant que possible, l'état actuel de la science sur ce sujet. Après avoir fait l'historique de la question il aborde franchement son sujet et décrit les lésions auditives relevant de la syphilis à ses diverses périodes et dans les différentes parties de l'oreille, externe, moyenne et interne. Les accidents primitifs sont rares dans l'oreille ; l'auteur cite une observation de chancre du pavillon publié par Hulot (1),

(1) Revue de syphilis et de dermatologie.

et les exemples les plus nombreux sont dus à l'imprudence du Dr X... qui infecta plusieurs malades par le cathéterisme de la trompe. Les accidents secondaires sont plus fréquents; on a observé et décrit les syphilides du pavillon, l'otite aiguë syphilitique, les syphilides du conduit.

Les lésions syphilitiques de l'oreille moyenne viennent le plus souvent de la propagation à la trompe et à la caisse des lésions de la gorge et de la cavité naso-pharyngienne, bien qu'elles puissent se produire d'emblée dans la caisse. La syphilis des caisses et des trompes affecte différentes formes, et donne lieu à des lésions plus ou moins graves, otites chroniques sèches, catarrhe purulent de l'oreille.

La syphilis enfin, peut se manifester dans l'oreille interne indépendamment de toutes lésions de l'oreille moyenne (faits de Knapp, Moos.) Dans ce cas, fréquemment, elle existe avec des affections oculaires. Dans ces cas-là le pronostic est généralement grave, le traitement lōcal impuissant, et souvent aussi le traitement spécifique ne donne pas les résultats que l'on pourrait espérer.

L'auteur, ensuite, cite un fort grand nombre d'observations, dont plusieurs personnelles et passe à l'étude de la syphilis tertiaire de l'oreille. On a observé des gommes du pavillon et du conduit, des exostoses de ce dernier organe, les lésions de la caisse sont de même nature. La carie du temporal et du rocher, a souvent pour cause la syphilis. Le système nerveux enfin, et l'oreille interne peuvent aussi présenter des lésions relevant directement de la syphilis.

L'auteur, en terminant, consacre un dernier chapitre à l'étude de la syphilis héréditaire. Les troubles trophiques du pavillon sont des lésions particulières à la syphilis. La gangrène et l'hématome du pavillon ont été aussi observés. Les lésions auditives dans la syphilis héréditaire se présentent sous une forme assez variée, ne différant que par des formes observées chez l'adulte, mais se caractérisant surtout par leur coexistance avec d'autres lésions.

Les troubles auditifs relevant de la syphilis atteignent donc toutes les parties de l'oreille et se manifestent à toutes les périodes de la maladie. Mais *dans toutes ces formes*, l'existence d'otopathie antérieure détermine la formation d'un point faible (*locus minoris resistantiæ*) sur lequel la syphilis vient porter son action. La diathèse scrofuleuse et même la chloro-

anémie paraissent influer sur le développement des catarrhes purulents de l'oreille, et aider en quelque sorte la syphilis à porter son action sur la caisse. Les lésions naso-pharyngiennes enfin ont une puissante influence sur le développement de la syphilis dans l'oreille, dans la caisse et la trompe en particulier.

Dans la syphilis congénitale, plus souvent encore que dans la vérole acquise, les troubles auditifs coexistent ou succèdent à des lésions oculaires. Les lésions soit par propagation, soit même dès le début, semblent avoir une prédilection marquée pour le labyrinthe et l'appareil nerveux. Elles tendent à se propager en général de segment en segment dans l'appareil auditif, de la trompe ou du conduit, à la caisse, au labyrinthe et au nerf. J. C.

De la perforation du tympan, par le Dr Griffith.

Le Dr T.-N. Griffith mentionne dans le *british Méd. journ.*, décembre 1883, un moyen très simple de suppléer aux inconvénients de la perforation du tympan. Il consiste simplement à verser dans l'oreille cinq ou six gouttes d'huile de castor. Dans la plupart des cas l'huile se maintient en place en raison de sa viscosité pendant une journée toute entière, et aussi longtemps que le malade garde la position verticale. (*The London, Médical record,* 5 avril 1884.) J. C.

Polypes muqueux de l'oreille, par le Dr Noquet.

A la Société centrale de médecine du Nord, M. Noquet présente les pièces pathologiques de deux polypes extraits de l'oreille à l'anse froide, le premier chez un enfant de douze ans, le second chez une jeune fille de dix-huit ans. Ces deux polypes présentaient cette particularité remarquable, que, fort volumineux tous les deux ils s'implantaient dans la caisse sur la paroi interne, mais sortaient de la cavité tympanique par une très petite perforation du tympan. Les tympans rouges et épaissis, présentaient, dans leur moitié inférieure, une sorte de fente à bords un peu irréguliers, longue d'environ 1 millimètre à 1 millimètre 1/2. Horizontale dans un cas, cette fente était dans l'autre dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Après ablation, cautérisation des pédicules et ins-

tillations alcooliques, l'audition très diminuée est redevenue normale. (*Bulletin médical du Nord*, juin 1884.) J. C.

Otorrhée chronique, apparition subite des symptômes cérébraux, mort par thrombose des sinus latéraux, par M. C. Lane Sanson.

Arthur F..., 15 ans, atteint de catarrhe purulent de l'oreille droite depuis quelques années, entre à l'hôpital le 17 mars avec tous les symptômes d'une affection cérébrale. Fortes douleurs de tête, étreinte comme par un cercle de fer, dilatation de la pupille droite et congestion des vaisseaux de la papille : urines, densité 1,020, ni sucre, ni albumine, température 104° Fahr., pouls 130, pétéchies sur tout le corps. Mort le 19 mars.

Autopsie : thrombose des sinus latéraux (*The British medical journal*, 7 juin 1884). J. C.

Sur un nouveau traitement des bourdonnements d'oreille, par le Dr Bernard.

Dans le *Brit. med. Journ.* le Dr Roth rapporte le cas d'une dame âgée de cinquante-sept ans et souffrant, depuis quatre ans de bourdonnements d'oreilles. Roth eut l'idée d'essayer le traitement du Dr Martimer Granville en excitant « les vibrations du nerf » (nerve-vibrations). Le plateau d'ivoire d'un percuteur était appliqué sur la tête, et cinq minutes après, la malade éprouvait du soulagement. Après sept applications successives, la malade se trouva si bien de ce traitement qu'elle se décida à acheter un percuteur pour se traiter elle-même. (*The London Médical Record*, 15 avril, 1884,)

J. C.

Des troubles auditifs à la période préataxique du tabes.

Il est hors de doute que les troubles de l'audition, viennent parfois révéler l'imminence du tabes. Dans une première forme, l'ouïe est simplement diminuée, ou abolie, mais sans autres troubles morbides; mais il est des cas où la surdité s'accompagne de vertige. Tel, le cas d'un officier supérieur, qui, passant la revue de son régiment, fut frappé de vertiges subits, à la suite desquels il tomba de cheval; quelques jours après l'ouïe avait disparue pour ne plus reparaître.

Les signes de la surdité tabétique sont les suivants : des progrès rapides, une intensité extrême dès le début, enfin une incurabilité absolue. Parfois, il se produira en une semaine, une aggravation vraiment foudroyante. Les malades ne perçoivent déjà plus aucun bruit quelque intense qu'il soit. Enfin, cette surdité intense, est une surdité sans lésions de l'oreille moyenne. La trompe est libre, le tympan sain. A la surdité viennent se joindre des bruits subjectifs très intenses et de différente nature. (*France médicale*, 20 juin 1884.)

J. C.

Contribution à l'étude de la pathologie de la glande intramusculaire de la langue, par le professeur Breda, de Padoue.

Bien que donnant à la langue des aspects très-variés, les altérations morbides qui la frappent se rapprochent dans leur localisation par de nombreux points de contact. L'auteur a acquis la conviction qu'il y a dans cet organe un appareil glandulaire qui est souvent atteint par la maladie. Cet appareil est constitué par la glande intra-musculaire de la langue.

Nuhn les décrivit avec soin en 1845 ; elles sont situées de chaque côté et symétriquement à un centimètre environ du bord de la langue et dans son épaisseur. A la partie supérieure elles sont en contact immédiat avec le *muscle transversal* qui les recouvrent jusqu'à l'union des fibres du *palato-glosse* et du *lingual inférieur*. Elle reçoit des branches nerveuses du *lingual*, le sang lui vient de l'artère *ranine*. Sa structure est tout à fait semblable à celles des glandes sous-maxillaires.

Les auteurs ne s'accordent pas sur le nombre des canaux excréteurs et sur leur embouchure. D'après Vlacovich, les canaux excréteurs s'ouvriraient par une embouchure à travers la ligne médiane et la *plica fimbriata*.

Quand un individu dirige la pointe de la langue en haut, il se forme de chaque côté du frein deux saillies longitudinales, dues en partie à cette glande. La pression peut à ce niveau faire sourdre quelques gouttes d'un liquide filant, albumineux, analogue à la sécrétion des glandes intra-buccales.

L'auteur, dans le but de mettre en évidence les altérations dont elle est le plus fréquemment le siège, rapporte trois cas

qu'il lui a été donné d'observer. Dans la première observation, il s'agit d'un individu syphilitique présentant à la langue différentes manifestations, entre autres au niveau de la moitié gauche de la langue, tout près de la pointe, dans l'épaisseur de l'organe, et plus près de la face inférieure un nodule du volume d'un grain de chènevis, dur, arrondi, immobile, indolore, à peine sensible à la pression. Sous l'influence du traitement spécifique, le nodule disparut, pour reparaître plus tard.

Dans le second cas, la glande de Nuhn gauche, au-dessous de laquelle se trouvait un ulcère lenticulaire, gris jaunâtre, à bord relevés surtout en dedans et à fond inégal formé par le tissu même de la glande. Le malade présentait d'autres symptômes moins douteux de syphilis.

Au reste, la glande de Nuhn se trouve altérée fréquemment, même chez des sujets non syphilitiques et dans cette maladie elle peut l'être de beaucoup de façons différentes. L'érythême, les plaques opalines, les érosions de la muqueuse linguale forment le cortège habituel des lésions de la glande. La localisation de la maladie à la langue, surtout à sa pointe, le siège et l'absence de douleur, la durée, les oscillations et récidives de la maladie permettront de la reconnaître. *(France médicale*, 13 septembre 1884.)

J. C.

Un cas de langue noire, par le Dr Broatch, d'Edinbourg.

Le malade est un peintre de soixante ans. Depuis plusieurs années, il a dû renoncer à tout travail, en raison de sa mauvaise santé. Il a eu des coliques de plomb, et ses gencives présentent le liseré caractéristique. Il n'a jamais eu une bonne santé; il a aux jambes des ulcères depuis trente ans.

A l'examen de la langue, on trouve une plaque noire, circulaire, ayant un pouce de diamètre, située sur le tiers postérieur du dos de l'organe. Les bords de cette plaque sont bruns, mais le centre est tout à fait noir; tout autour, la langue présente une teinte blanchâtre. Les autres parties de la langue sont normales, à part de légères fissures. Au toucher, la plaque noire est rugueuse, et le doigt rencontre un nombre considérable de petites saillies, composées de filaments noirs plus ou moins longs, que l'on peut facilement enlever avec une pince, laissant alors les tissus à découvert. La colo-

ration noire a débuté depuis deux ans environ. Le malade n'éprouve pas de douleurs, mais présente une légère diminution du sens du goût.

A l'examen microscopique, ces filaments apparaissent composés de cellules épithéliales brunes. Dans certains cas, la partie centrale du filament est très-épaisse ; c'est le contraire dans d'autres cas. De l'extrémité du filament à la base, la coloration diminue graduellement. Les filaments paraissent être formés, ainsi que l'a reconnu M. Stocker, par l'hypertrophie des papilles de la langue. (*The British medical Journal*, 17 avril 1884.) J. C.

Siège et traitement de la grenouillette, par le Dr Sonnenburg.

L'auteur confirme au moyen de données cliniques (environ 50 cas) les vues de Recklinghausen : la vraie grenouillette tire son origine des glandes de Blandin qui se trouvent à la pointe de la langue. Ses preuves sont le contenu muqueux, l'existence propre des parois du kyste, la situation anatomique du kyste, l'indépendance des canaux de Wharton et de Bartholin. Le traitement consiste à inciser au-dessus du canal de Wharton et à extraire la paroi du kyste. (*Arch. für klinische Chirurgie* 29 Bd. Heft. 3),

---

Épithélioma de la langue, par le docteur F.-J. Gant.

Le docteur Gant rapporte un cas d'épithélioma de la langue ayant envahi le plancher de la bouche, l'amygdale gauche et les parties molles du palais. La tumeur a été enlevée par la chaîne d'écraseur. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est la grande extension qu'avait pris le néoplasme (*The lancet*, 3 mai 1884). J. C.

Épithélioma de la base de la langue, de l'amygdale gauche et du voile du palais.

A l'Académie de médecine d'Irlande, M. Kendal Franks donne lecture d'une note sur un cas d'épithélioma ayant nécessité l'ablation de la base de la langue, de l'amygdale gauche et d'une partie du voile du palais. L'opération a été faite au galvano-cautère et au thermo-cautère de Paquelin.

Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Le patient, bien que gardant encore le lit, ne souffre plus, alors qu'il éprouvait avant l'opération de fort violentes douleurs. Le président de l'Académie fait remarquer, à ce sujet, qu'en raison de l'étendue de néoplasme, la récidive est certaine. A propos du manuel opératoire, il fait en outre remarquer que l'adoption des tubes trachéaux de Macewen, enlèvent les dangers de l'hémorrhagie et permettent l'emploi des anesthésiques (*The lancet,* 24 mai 1884). J. C.

Sarcome de l'amygdale gauche, par le Dr Balding.

A la Société médicale de Cambridge, le Dr Balding présente les pièces pathologiques d'un sarcôme de l'amygdale gauche, développé chez une femme âgée de cinquante-trois ans. Elle vint le trouver à la suite d'une violente hémorrhagie buccale qui lui parut être d'origine artérielle. Elle éprouvait depuis deux mois de violentes douleurs à la gorge, et présentait une induration mal limitée de la région sous-maxillaire gauche une grande fétidité de l'haleine, et une immobilité complète de la mâchoire, rendant l'examen fort difficile. Au niveau du bord supérieur du thyroïde il se produisit deux abcès : pendant leur formation la langue devint le siège d'un gonflement considérable, elle sortait hors de la bouche, et présentait une ulcération considérable, due à la pression des dents. Quelques jours avant la mort, le gonflement du cou détermina une légère gêne respiratoire. Pendant toute la durée de la maladie, la malade peut, avec quelques difficultés toutefois, prendre des aliments liquides.

A l'autopsie : sarcome de l'amygdale gauche et de la région sous-maxillaire, l'épiglotte aussi est en partie détruite. (*The lancet*, 23 août 1884.)

Chancre de l'amygdale, par le docteur R.-W. Taylor.

A l'Académie de médecine de New-York, le docteur Taylor lit une note sur les chancres de l'amygdale. Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, dit-il, et peuvent facilement s'expliquer par des contacts contre nature des organes de la génération.

Les docteurs Burney, Wigleston (de Boston), Bumsleads

en ont cité des exemples. M. Taylor donne ensuite les signes différentiels qui permettent de distinguer le chancre de l'amygdale, des plaques muqueuses et des autres lésion› syphilitiques.

Les principaux symptômes qui peuvent servir de base au diagnostic sont : les détails sur le mode d'infection, le développement unilatéral du chancre correspondant à l'engorgement ganglionnaire, la lésion est limitée à un même coté, difficultés à la déglutition, l'histoire de l'évolution de la syphilis sur toutes les autres parties du corps (*The medical record N. Y.*, 24 mai 1884).

J. C.

Observations de pharyngotomie *(Cases of pharyngotomy)*, par le docteur WHEELER.

Le docteur Wheeler a communiqué à la Société de médecine (in Ireland, séance du 9 nov. 1883). Deux cas de pharyngotomie, dans la première, il s'agit d'un homme robuste âgé de 45 ans, chez lequel l'opération fut pratiquée avec succès, pour extraire un corps étranger enclavé dans le pharynx, c'était la première fois que cette opération était faite en Écosse.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme qui fut opérée d'un sarcôme fasciculé inséré sur le ligament stylo-hyoïdien et les apophyses styloïdes, d'où il venait obstruer l'entrée des voies aériennes et occasionnait des accès de suffocation. La tumeur récidiva quelques mois après dans un autre point et la malade succomba *(The Dubl. journ. of med. sc.*, 1er mai 1884).

Corps étrangers dans les voies respiratoires

Une jeune fille de 9 ans avait dans son larynx un os long de 2. 5 cent. large de 1.2 et épais de 3 millimètres. Il était placé de façon à ce que son extrémité postérieure se trouvait contre la muqueuse inter-aryténoïdienne et son extrémité antérieure vers le milieu du pédicule de l'épiglotte. Le professeur Schnitzler parvint, guidé par le laryngoscope à en enlever le quart au moyen de la pince laryngienne; puis il le dégagea au moyen du doigt et un effort de toux de la patiente rejeta l'os.

Autre cas : Un homme se trouvait depuis des mois atteint de dyspnée. A l'examen laryngoscopique, le larynx et la trachée furent trouvés sains. Mais à la partie tout à fait inférieure de la trachée se voyait un gonflement; ce gonflement se montra plus tard être un abcès. En effet après quelques attouchements avec la sonde, l'abcès creva et un accès de toux rejeta un os de 1,5 cen. de long. Le malade se souvenait avoir avalé de travers un os de lièvre 2 ans auparavant. *Wiener Med. Presse*, 1883. nº 45.)

Perforation de la trachée et du tronc trachéo-céphalique à la suite de la trachéotomie, par M. d'Heilly.

A la Société médicale des hôpitaux, séance du 11 avril 1884, M. d'Heilly présente les pièces anatomiques d'une ulcération de la trachée ayant perforé le tronc trachéo-céphalique et déterminé une hémorrhagie mortelle. Cet accident est absolument exceptionnel; il n'en existe dans la science que deux cas rapportés par M. House dans le *Guy's hospital Reports*. (*France médicale*, 19 avril 1884.)

J. C.

Extirpation du larynx chez un vieillard, par le docteur H. Leisrink.

Le docteur H. Leisrink a pratiqué cette opération chez un homme de 72 ans, atteint d'un cancer du larynx ayant amené des accès de suffocation. L'opération fut faite en août. Le malade mourut de pneumonie en décembre. Pendant cet espace de temps, la tumeur n'avait pas récidivé (*The medical record*, 24 mai 1884).

J. C.

Sur un cas de tuberculose laryngée ayant nécessité la trachéotomie, par le docteur P. Masucci.

L'auteur donne l'historique de la semeïotique de la poitrine, fait l'éloge des travaux publiés depuis Auenbrugger jusqu'à nos jours. Beaucoup de lacunes restent à combler, car l'autopsie révèle souvent des lésions qu'on n'avait pas soupçonné pendant la vie.

Il cite, comme preuve de ce qu'il avance, un cas qui s'est présenté à l'hôpital, clinique de Naples.

Il s'agit d'un paysan âgé de 32 ans, d'une constitution faible, chez lequel l'examen fut absolument négatif, tant pour la syphilis que pour toute autre maladie. A la suite d'un rhume contracté un mois auparavant, il eût de la toux, devint enroué; il se produisit ensuite de la dyspnée et de la difficulté à la déglutition. Ces derniers symptômes ne tardèrent pas à s'aggraver et bientôt on pût constater un laryngosténose et une dysphagie complète.

L'examen laryngoscopique révèla un boursoufflement excessif de l'épiglotte, des aryténoïdes et une petite ulcération dans la région inter-aryténoïdienne. Rien aux poumons.

En procédant par exclusion, l'auteur pût arriver au diagnostic, infiltration tuberculeuse de l'épiglotte et des aryténoïdes, avec ulcération de même nature de la région inter-aryténoïdienne. Du résultat négatif de l'examen du poumon, il se croyait autorisé à conclure, soit à l'existence d'une lésion tuberculeuse centrale dans le poumon, soit à une tuberculose laryngée primitive.

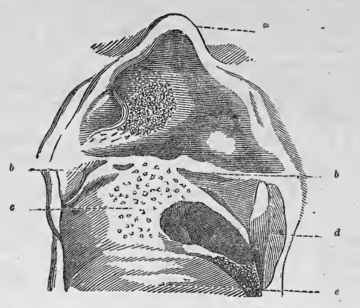
L'auteur explique ensuite la cause de la laryngosténose et indique le traitement, qui fut celui que l'on suit d'ordinaire en pareil cas.

Après quelques temps de traitement, le malade sortit et resta un mois hors de l'hôpital, pour y revenir dans un état très grave. Il fut admis dans le service de M. le professeur de Renzi. Le professeur Masséï confirma le diagnostic précédemment porté et se prononça pour une tuberculose laryngée primitive.

Quelques jours après, le professeur de Renzi observait de légers symptômes à l'auscultation. La sténose du larynx devenait de plus en plus grave, la trachéotomie s'imposait, elle fut pratiquée par M. le professeur Masséï, l'incision de la muqueuse qui était boursoufflée et détachée du cartilage, présenta de grandes difficultés. Le malade mourut 9 jours après,

A l'autopsie : tuberculose chronique et cavernes du lobe supérieur des deux poumons. Tuberculose miliaire du reste des poumons, catarrhe bronchique chronique. Infiltration tuberculeuse de tout le larynx, destruction partielle des vrais et des fausses cordes vocales. L'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la muqueuse pharyngienne, présentaient des ulcé-

rations de même nature, prononcées surtout à droite. Œdème de la glotte.



A, Épiglotte très infiltrée; *b*, *b*, cordes vocales également infiltrées; *c*, dépôt de tubercules dans l'espace sous-glottique; *d*, plaie trachéale qui se continue avec une ulcération qui a décollé la muqueuse à la périphérie; *e*, muqueuse trachéale enflée et rouge.

La nécropsie révéla donc des lésions pulmonaires anciennes, tandis que l'examen clinique du malade ne donnant aucun résultat, avait pu faire croire à une tuberculose primitive du larynx, alors qu'elle était en réalité secondaire. On ne peut conclure, de là, qu'il n'existe pas de tuberculose laryngée primitive. Dans la tuberculose héréditaire, en effet, le germe du tubercule se trouvant dans l'organisme, on ne peut admettre qu'il ne puisse se développer dans le larynx aussi bien que partout ailleurs, en raison surtout de la prédisposition de cet organe à l'infiltration tuberculeuse.

S'il est vrai d'autre part, comme le pensent Cohnheim et Weygest, que le bacille puisse pénétrer dans l'organisme avec les poussières inspirées, on doit admettre aussi qu'il peut s'arrêter dans le larynx, cet organe étant une des premières voies respiratoires.

L'anatomie pathologique et la physiologie démontrent, en outre, qu'il est des cas où la tuberculose pulmonaire reste à

l'état latent et ne se révèle que lorsqu'elle envahit d'autres organes. Dans le cas que nous venons de citer, sans doute, la tuberculose pulmonaire préexistait à l'état latent à celle du larynx, mais ce n'est pas là une raison pour nier la tuberculose primitive de cet organe.

L'auteur en arrive à conclure :

1° La tuberculose laryngée primitive existe. La physiologie et l'anatomie pathologique le démontrent, les autopsies le confirment;

2° La seméïotique n'est pas toujours à même de faire noter dans les poumons les lésions récentes ou anciennes, surtout lorsqu'elles siègent dans les parties centrales;

3° La trachéotomie, si elle ne peut dans la phthisie sauver la vie au malade, est toujours un moyen de prolonger son existence. Malgré cela, la trachéotomie est d'une très grande gravité; il importe donc de ne la pratiquer que lorsque les symptômes de laryngo-sténose font prévoir une fin prochaine (*Archivii Italienni di laryngologia*, 3me année, 4me fascicule).

Tumeur kystique du corps thyroïde *(Cystic tumour of the Thyroïd body)* : par le Dr Sidney Hunt.

L'auteur fut appelé le 9 juin auprès d'une femme, d'environ 46 ans, qui était en proie à un accès de suffocation. Elle présentait au niveau de l'isthme du corps thyroïde une tumeur ayant environ le volume d'une orange; tumeur qui aurait augmenté rapidement dans l'espace de quelques minutes (elle avait auparavant la grosseur d'une noix). Le chloroforme et le nitrate d'amyle, la respiration artificielle furent employés en vain, car la malade succomba au bout de quelques minutes.

A l'autopsie la tumeur était remplie de sang nouvellement épanché qui, ayant déterminé l'accroissement rapide de la tumeur, avait occasionné la mort, soit par compression directe de la trachée, soit par spasme de la glotte, à la suite de compression des récurrents. Le larynx était sain et la trachée aplatie (*The Brit. med. journ.* 5 juillet 1884).

Le propriétaire gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.